

加 入 職 員 退 職 届

社協受付日付印

年 月 日

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会長 様

次のとおり職員が退職したので、茨城県民間社会福祉施設職員等退職手当支給制度規程に基づき、届け出ます。

契 約 者	契約者番号			施設 番号		法人名及び 代 表 者			印	施設名						
職員番号			氏 名			性 別	加 入 職 員 と な っ た 年 月 日			退 職 年 月 日			退 職 の 理 由	合 算 申 出 の 有 無	共 済 法 退 職 金 請 求 の 有 無	
			(フリガナ)			男 ・ 女										
職 種			生 年 月 日			昭和・平成			平 成			イ ロ ハ ニ	有 ・ 無	有 ・ 無		
			1=大 2=昭 3=平	年	月	日	年	月	日	年	月				日	

注) 1. 職員番号は、掛金納付明細書を確認のうえ記入して下さい。

2. 退職理由は、次の理由に該当する記号を○で囲んで下さい。

イ. 自己都合 ロ. 自己都合以外 ハ. 業務上の傷病、死亡 ニ. 犯罪又は非行

3. 合算申出の有無は、加入職員期間が1年以上ある者が退職手当金を請求しないで、退職した日から3年以内に再び加入職員となり前後の各期間を合算できます。